

Courrier au BMS



Integrierte Versorgung – ein Weg in die Zukunft!

Managed Care oder Integrierte Versorgung, wie es zu Recht neu heisst, soll keinesfalls nur eine Worthülse sein, sondern ist mit wichtigem Inhalt gefüllt. Die Strukturen, die Leben in die integrierte Versorgung bringen, sind in Form der heute 85 Ärztenetze schon gut entwickelt. Über 4500 oder 50% aller Grundversorger (in gewissen Kantonen bis über $\frac{3}{4}$) engagieren sich in diesen Netzen. Fast 900000 Versicherte (durchschnittlich 12%, regional bis 35%) entscheiden sich für verbindliche Versicherungsmodelle, in denen ein Vertrag zwischen den Versicherern und den Netzen besteht. Budgetverantwortung der Netze (nicht des Einzelarztes!) wird in vielen Netzen gelebt. Die Politik hat nun auch die Zeichen der Zeit erkannt und unterstützt die integrierte Versorgung.

Diese Integrierte Versorgung ist kein Monopol der Hausärzte, wie dies manche Spezialisten behaupten und befürchten, im Gegenteil: Spezialisten sind unverzichtbare Mitarbeiter in diesem System. Sie werden wieder echte Spezialisten, welche ihre Fachkompetenz voll zur Entfaltung bringen können. Das Verhältnis zu den Hausärzten wird vertrauensvoller, es ist geprägt von Kooperation statt unsachlicher Konkurrenz. Untersuchungen zeigen, dass in Ärztenetzen die Überweisungen zunehmen und nicht eingeschränkt werden.

Allerdings ist noch viel Arbeit zu leisten, um Vertrauen aufzubauen und die Abläufe längs der Behandlungskette weiter zu optimieren. Das ist auch sehr wichtig, um den wie Pilzen aus dem Boden schießenden Kompetenzzentren und Ambulatorien der Spitäler (DRG lässt grüssen!) kostengünstigere und effizientere Strukturen mit guter Qualität entgegenzusetzen. Spezialisten in freier Praxis sind deshalb freundlich zur Zusammenarbeit mit den vernetzten Grundversorgern eingeladen, sei dies als «zugewandte Orte» oder gar Mitglieder der Netze.

Aber es erwächst der Integrierten Versorgung auch zunehmend Opposition: Der «Verein für freie Arztwahl» behauptet unermüdlich, dass die freie Arztwahl gefährdet bzw. «nur auf dem Papier» garantiert sei. Das ist falsch: Die freie Arztwahl ist im Ärztenetz – mit leichten Einschränkungen – gewährleistet. Einschränkungen bestehen, wenn der gewünschte Arzt

nicht Mitglied eines Netzes bzw. das gewünschte Netz keinen Vertrag mit der Kasse des Versicherten hat. Der Versicherte, der sich für ein echtes «Hausarztmodell» entscheidet, kann seinen Gatekeeper/Betreuungsarzt frei wählen, der dann die Koordination der Behandlung übernimmt. Braucht er einen Spezialisten, so wählt er diesen gemeinsam mit seinem Hausarzt. Und der Versicherte profitiert von einem Prämienrabatt bis zu 20%.

Zudem wird der angebliche «doppelte Selbstbehalt» attackiert. Die Managed-Care-Bewegung fordert seit Jahren, dass der Selbstbehalt bei MC-Patienten tiefer angesetzt sein soll als im normalen OKP-Modell. Damit kommen endlich mehr echt kranke Menschen ins MC-Modell, die besonders von einer effizienten Steuerung entlang des Behandlungspfades durch uns Ärzte profitieren. Auffallend ist, dass im Vorstand dieses Vereines zwei Pädiater, ein Allgemeinmediziner und fünf frei praktizierende Spezialisten (und Privatspital-Belegärzte) der Stadt St. Gallen sind. Es wäre geradezu revolutionär, wenn diese Spezialisten den Versuch wagen würden, sich in der Integrierten Versorgung, die in der Ostschweiz gut entwickelt ist, zusammen mit den Grundversorgern zu engagieren.

Dr. med. Roman Buff, Arbon,
Präsident Verband Managed Care Ostschweiz
(www.vmco-online.ch)



«Bei Impfungen muss man unterscheiden.» Zum Leserbrief von Dr. Martin Niederhauser [1]

Lieber Herr Kollege Niederhauser Die Impfung gegen Grippe ist für Sie, wie Sie schreiben, eine Impfung, über die man diskutieren kann, und zwar offenbar, weil Sie noch nie einen Grippepatienten gesehen haben und Sie solche für eine statistische Grösse bzw. einen Papiertiger halten.

Ich habe aber Grippepatienten gesehen, sogar mehrere, im Verlauf der saisonalen Epidemie 1957, als es noch keine Grippeimpfung gab. Ich war damals Assistent am Pathologischen Institut der Universität Basel und habe dort an mehreren nach Grippe-Infektion verstorbenen Patienten Sektionen durchgeführt. Es betraf damals zwischen 20 und 40 Jahren alte Männer und Frauen. Alle starben letztlich an toxi-

ischem Herzversagen bei eitriger Pneumonie und alle hatten mikroskopisch atypisch veränderte Kerne in Epithelzellen. Man diskutierte damals auch eine mögliche virale Ursache eines späteren Bronchial-Ca.

Ich glaube daher, dass wir Ärztinnen und Ärzte die Grippe-Impfung uneingeschränkt in unserem Wirkungskreis propagieren und selbst jeden Herbst mit gutem Beispiel vorangehen sollten. So habe ich diese Impfung jedes Jahr bei mir und meinen Mitarbeiterinnen sowie vielen Patienten vorgenommen, sobald sie überhaupt zur Verfügung stand. Grippepatienten sind tatsächlich vermeidbar, die Impfung ist und bleibt daher eine äusserst sinnvolle präventive Massnahme.

Ich danke Ihnen für Ihre Zeit, welche Sie aufwenden, um das zu lesen und zu beurteilen.

Dr. med. Th. Fröhlich, Stetten

- 1 Niederhauser M. Bei Impfungen muss man unterscheiden. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(45):1779.



TARMED-Evaluation

Es freut mich zu lesen, dass «der Evaluationsbericht [1] viele ausgesprochen positive Resultate der entwickelten Tarifstruktur durch TARMED aufzeigt. Grundlegend korrigierende Eingriffe waren bis heute nicht nötig». Aus Sicht des Grundversorgers wären grundlegend korrigierende Eingriffe überfällig. Seit mehr als 20 Jahren warten wir auf einen Teuerungsausgleich. Unsere Einkommen gingen zurück. Mit einer Entschädigung für ärztliche Leistung von 160 CHF/Stunde arbeite ich nicht mehr kostendeckend. Das Einkommen muss also anderweitig mit technischen Leistungen generiert werden. Beim Hausbesuch kostet der Weg in der Regel mehr als der Besuch. Offenbar wird Autofahren intellektuell höher gewertet als die Arbeit am Patienten. Wir älteren Ärzte können noch gut leben mit TARMED, sind doch unsere Praxen amortisiert. Für die jüngeren Kollegen könnten sich erhebliche Probleme ergeben.

Dr. med. F. Liebrich, Kloten

- 1 Gähler E, Stoffel U, Prantl A, Zogg F. TARMED-Evaluation EFK – was wollte der TARMED erreichen? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(46):1805–9.



Morale hippocratique, éthique médicale

Il faut bien constater que ces deux expressions ne présentent, quoi qu'en pensent certains, qu'une parenté extrêmement lointaine. L'hippocratism est une philosophie professionnelle, d'essence civilisatrice et d'expérience humaniste bi-millénaire et demi, mettant obligatoirement l'être humain malade au centre de ses préoccupations, alors que l'éthique médicale est une règle mettant, tout aussi obligatoirement, la médecine au service du Pouvoir par le biais d'innombrables «comités d'éthique pluridisciplinaires» [1] émanant de la pensée unique et créés bureaucratiquement, depuis quelques décennies, à partir d'un droit à la santé (droit positif), issu du nouvel Evangile, celui des Droits de l'Homme (1947).

Ainsi la morale hippocratique interdit l'avortement alors que l'éthique médicale le tolère, sinon le promeut (10848 avortements déclarés en Suisse en 2008 selon l'OFS!). Et ne parlons pas de l'euthanasie dans le EMS et les hôpitaux ni du bricolage scientifique des embryons. Tout cela avec la bénédiction de l'Etat, de ses lobbies et de cette éthique!

Il est évident, par conséquent, que le seul rapport entre la morale hippocratique et l'éthique médicale ne saurait donc être qu'un rapport caricatural. La médecine contemporaine est devenue un simple outil du Pouvoir, quel qu'il soit, comme elle l'a démontré en URSS (psychiatrie), en Allemagne nazie concentrationnaire, dans certains pays islamiques (chirurgiens coupeurs de mains), etc. Car l'éthique médicale ne sera dans la pratique, que ce que voudra la politique du Pouvoir. En fait, la médecine est devenue l'outil de ce Pouvoir. D'ailleurs chaque fois que celui-ci, se

trouve dans l'incapacité de régler un problème concret, il en fait un problème médical (tribunaux, armée, prisons, etc.). Ce qu'acceptent les comités d'éthique qui ne sont là, en réalité, que pour dédouaner, auprès du corps médical, les réalisations contraires à la morale hippocratique.

Il est donc assez légitime de soupçonner que l'éthique médicale est un des facteurs essentiels de la «totalitarisation» de la société et de son retour à la barbarie.

Dr méd. E. Truffer, Sierre

- 1 Truffer E. Médecine et Hygiène du 15.10.1989, «En quête de garde-fous ou de complicités?»



Seelsorger als Ärzteschreck? * [1]

Mit Interesse habe ich Ihr «zu guter Letzt» gelesen. Titel und Zeichnung sind nicht eben geeignet, das Verhältnis der Ärzteschaft zur Seelsorge zu verbessern. Wir müssen uns ja bewusst sein, dass die SÄZ nicht nur von Ärzten, sondern von Medien und zahlreichen Instanzen und Vereinigungen mit Interesse gelesen wird. Ich bin kein «Frömmler», nicht einmal ein regelmässiger Kirchgänger, aber an einem unverkrampften Verhältnis zur Seelsorge ist mir als Hausarzt sehr gelegen. Im Gegensatz zu vielen Medizinschulen in den USA haben zukünftige Ärzte bei uns kaum Gelegenheit, Grundlagen der Seelsorge an der Uni zu lernen. Ihr Text beleuchtet die Seelsorge recht einseitig und ungünstig. Während meiner Weiterbildung an zahlreichen Spitälern und fast 30 Jahren Praxistätigkeit in einer Region mit 9 Pfarreien und 15 Seelsorgern habe ich weitgehend gute Erfahrungen

im Kontakt mit der Seelsorge gemacht. Ihr Beistand war in der Regel eine wertvolle Hilfe für alle Beteiligten in schwierigen Situationen. Ich mag mich nicht erinnern, dass Seelsorger ihre Fachkompetenz überschritten, und sich in medizinische Probleme eingemischt hätten.

Um noch ein historisches Beispiel zu erwähnen: Jeremias Gotthelf war zeitlebens ein engagierter Kämpfer gegen Kurpfuscherei und Scharlatanerie. Sein berühmter Roman «Annebäbi Jowäger» entstand im Auftrag der Berner Regierung als Kampfschrift gegen Kurpfuscherei. Dabei beschränkte sich Gotthelf auf die ihm eigene magistrale Formulierung, die der Bevölkerung unter die Haut ging. Den medizinischen Sachverstand garantierten enge Freundschaften mit vier Ärzten, die in ihrer Zeit Grosses leisteten: *Emanuel Fueter*, Leiter des «Ambulatoriums» im Insepspital und Mitglied der regierungsrätlichen Sanitätskommission. *Abraham Maret*, damals ohne Zweifel der Hausarzt im Emmental. *Johann Rudolf Schneider*, Arzt, Staatsmann und Initiator der Juragewässer-Korrektion im Berner Seeland (im Kampf gegen die Malaria!). *Friedrich Miescher*, ein grosser Arzt, der in Bern leider verachtet wurde und in Basel grosse Karriere machte.

Ich erinnere an Gotthelfs Kurzroman «Wie fünf Mädchen im Branntwein jämmerlich umkommen»: Eine derart eindringliche Schilderung des Alkohol-Problems müsste ein Mediziner erst mal vormachen ...

Dr. med. Benedikt Horn, Interlaken

* Diese offene Replik erfolgt auf Anregung von Dr. Wolff, der auf einen persönlichen Brief sofort und konstruktiv reagiert hat!

- 1 Wolff E. Der Seelsorger als Leibsorger und als Ärzteschreck. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(45):1798.